

|         |  |      |           |
|---------|--|------|-----------|
| 氏名（本籍）  | 中島 明彦（愛知県）                             |      |           |
| 学位の種類   | 博士（福祉経営）                               |      |           |
| 学位番号    | 乙第18号                                  |      |           |
| 学位授与の日付 | 2017年9月15日                             |      |           |
| 学位授与の要件 | 学位規則第5条第2項の規定該当                        |      |           |
| 学位論文題目  | 医療供給政策の政策過程<br>地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容 |      |           |
| 審査委員    | 主査                                     | 新谷 司 | 日本福祉大学 教授 |
|         | 副査                                     | 足立 浩 | 日本福祉大学 教授 |
|         | 〃                                      | 橋口 徹 | 日本福祉大学 教授 |
|         | 〃                                      | 二木 立 | 日本福祉大学 教授 |
|         | 学外審査委員                                 | 後 房雄 | 名古屋大学 教授  |

## 論文内容の要旨

### 1. 論文の研究目的と研究方法及び研究対象

本論文作成の契機は、1980年代の第二臨調・行革の時代、または新自由主義的な時代に、なぜその時代の流れと逆行するような競争抑制的な医療供給政策（1985年第1次医療法改正による地域医療計画の病床規制）が行われたのか、という疑問にある。

この地域医療計画は、1985年第1次医療法改正による地域医療計画、1993年第2次医療法改正による地域医療計画、1997年第3次医療法改正による地域医療計画、2000年第4次医療法改正による地域医療計画、2006年第5次医療法改正による地域医療計画、2014年第6次医療法改正による地域医療計画、と現在までに6回の医療法改正を経て精緻化され、細分化されてきている。

本論文の研究目的は、地域医療計画の法制化以前の動きから、2006年第5次医療法改正による地域医療計画までのすべての地域医療計画に関する医療供給政策の政策内容及びその変容と同政策の政策過程及びその変容を検討し、戦後の地域医療計画の通史をまとめることにある。

本論文では、2つの分析方法を採用している。第1に、地域医療計画という医療供給政策の政策内容及びその変容を分析するために、従来の医療政策の政策類型に、新たな政策類型を組み合わせた独自の政策類型に基づく研究方法を採用している。産業政策という政策類型を加えた3つの政策類型（産業政策・計画行政・医療費抑制政策）（産業政策を産業保護政策と産業構造政策に分ける場合は4つの政策類型）に基づく分析方法である（以下、「政策内容の分析方法」）。第2に、地域医療計画という医療政策の政策過程及びその変容を分析するために、従来の政策過程論の分析方法に、新たな調査対象を組み合わせた独自の分析方法を採用している。政策案の形成過程及び決定過程に、政策の実施過程、政策環境、アクターとアクター間関係を加えた分析方法である（以下、「政策過程の分析方法」）。

本論文では、地域医療計画という医療供給政策の政策内容及びその変容と同政策の政策過程及びその変容を分析するために、医療法改正を伴う5つの歴史的ケース（廃案を含む）を研究対象として

いる。5つの歴史的ケース（廃案を含む）とは、1962年医療法改正で導入された公的病院の病床規制及び民間病院の病床の自主規制（ケースⅠ）、廃案となった1972年医療基本法案と廃案後の実験的事業による地域医療計画の実施（ケースⅡ）、1985年第1次医療法改正で導入された地域医療計画の下での公的病院及び民間病院の病床規制（ケースⅢ）、1992年第2次医療法改正、1997年第3次医療法改正、2000年第4次医療法改正という3回にわたる医療法改正による医療施設類型化・病床機能分化政策（ケースⅣ）、2006年第5次医療法改正による医療体系化政策（ケースⅤ）、である。

## 2. 論文の構成と構成部分の要点

本論文は、以下のように、序章と第Ⅰ部及び第Ⅱ部から構成されている（本文 440 頁、図 8、表 13、参考文献 226 点）。

序章 政策過程分析の方法と課題

第Ⅰ部 地域医療計画の形成・決定・実施過程

第1章 医療供給政策における政策過程の特性

第2章 地域医療計画の形成・決定・実施過程（ケースⅠ・Ⅱ・Ⅲ）

第3章 政策過程の変容

第Ⅱ部 地域医療計画の実施過程と政策の変容

第4章 医療施設類型化・機能分化政策の政策過程（ケースⅣ）

第5章 医療体系化政策の政策過程（ケースⅤ）

第6章 政策過程の変容

序章は4節からなる。第1節は本論文の構成を示し、第2節及び第3節は、本論文の「政策過程の分析方法」及び「政策内容の分析方法」に関連する先行研究を検討し、第4節は、本論文の分析方法を提示している。

第4節の分析方法は、「政策内容の分析方法」であり、政治学の政策過程論を基礎にした政策過程の構造モデル、政策過程モデル等に基づくものである。政策過程の構造は、政策環境、アクターとアクター間関係、政策案または政策の三層構造である。政策過程には狭義の政策過程と広義の政策過程がある。狭義の政策過程には、政策案の形成、決定、実施、評価（廃止・継続・変更）が含まれる。広義の政策過程には、狭義の政策過程以外に、政策案形成の前段階の政策課題設定、政策環境（供給市場、政治・経済・社会）、及びアクターとアクター間関係が含まれる。

第Ⅰ部の第1章は4節からなる。第1節は、1985年第1次医療法改正による地域医療計画とその2つの先行形態（廃案を含む）を含む3つのケースの政策過程及びその変容と政策内容及びその変容として、主張する要点を示している。第2節は、本論文の2つの分析方法を示し、第3節は、医療政策に関する先行研究を整理している。第4節は、医療供給政策を医療保険政策と区別して、それぞれの特性（政策課題・顧客・政策過程・アクター）を比較し、本論文が医療供給政策を検討していくための基本的視座を示している。

第Ⅰ部の第2章は3節からなる。第1節は、1962年医療法改正で導入された公的病院の病床規制及び民間病院の病床の自主規制（ケースⅠ）における政策内容と政策過程を分析している。第2節は、廃案となった1972年医療基本法案と廃案後の実験的事業による地域医療計画の実施（ケースⅡ）における政策内容と政策過程を分析している。第3節は、1985年第1次医療法改正による地域医療計画の下での公的病院及び民間病院の病床規制（ケースⅢ）における政策内容と政策過程を分析して

いる。

第Ⅰ部の第3章は4節（第4節は小活）からなる。第1節及び第3節は、3つのケースの政策過程（アクター間関係）の比較からその変容を検討している。ケースⅠでは、厚生官僚と日本医師会が対立し野党と自民党がそれぞれを代弁する調整役であった。ケースⅡでは、廃案となる1972年医療基本法案の立法過程において、野党勢力の医療社会化構想に対抗して医系技官と日本医師会の共同体が形成され、専門職政策コミュニティが成立する。医系技官主導のモデル事業として地域医療計画が実施され始める。ケースⅢでは、保険局または保険官僚と自民党が、医系技官と日本医師会の共同体を支援するという体制によって、地域医療計画が策定される。ケースⅢは、ケースⅡの追認でしかなかった。

第2節は、3つのケースの政策内容の比較からその変容を検討している。民間中小医療機関の保護、または同機関を主体とする日本医師会の要望への対応を目的とする産業保護政策（病床規制）が3つのケースに貫徹されているが、ケースⅠ及びⅡでは公的病床規制と民間自主規制であり、ケースⅢでは民間病床も含めた法的規制となる。計画行政においては、ケースⅠでは個別的・補完的政策が採用されたが、ケースⅡ及びⅢでは医療の包括的整備計画の地域医療計画が採用されている。医療費抑制政策においては、ケースⅢから供給量規制（病床規制）という新政策が従来の診療報酬による統制に追加された。ケースⅢの地域医療計画による病床規制は、日本医師会が業界自主規制の限界（大規模病院またはチェーン病院等との競争により中小医療機関の存続が危ぶまれる状況の発生）を認識して必要とした産業保護政策で、しかも医系技官の目標（医療の包括的整備計画という計画行政）と保険官僚の目標（保険財政のための医療費抑制政策）とも合致したものであった。ケースⅢまでの時期では、日本医師会と医系技官が主導する地域医療計画であった。

第Ⅱ部の第4章は3節からなり、1992年第2次医療法改正、1997年第3次医療法改正、2000年第4次医療法改正という3回にわたる医療法改正による医療施設類型化・病床機能分化政策（ケースⅣ）における政策内容と政策過程を分析している。第Ⅱ部の第5章は4節と補論からなり、2006年第5次医療法改正による医療体系化政策（ケースⅤ）における政策内容と政策過程を分析し、2014年第6次医療法改正の決定過程の概要も示している。

第Ⅱ部の第6章は5節からなる。第1節は、ケースⅣとⅤの政策内容の比較により政策の変容を、第2節は、2つのケースの政策過程（アクターとアクター間関係）の比較からその変容を検討している。第3節は、狭義の政策過程（政策形成・政策決定・政策実施と政策企業家）の比較からその変容を、第4節は、政策環境の変化及びその影響を検討し、最後の第5節は、論文全体を総括して残された課題を述べている。

ケースⅣに第2次医療法改正から第4次医療法改正までを含め、ケースⅤに第5次医療法改正のみを含めているのは、前者の時期の地域医療計画が施設類型化・機能分化であるのに対し、後者の同計画が4疾病5事業の体系化であることによる。

2つのケースの政策内容を検討すると、ケースⅣの施設類型化・機能分化は、ケースⅢまでの産業保護政策とは異なる産業構造改革（効率化・近代化）という政策類型に分類され、ケースⅤの体系化は、医系技官の夢だった計画行政という政策類型に分類される。しかしケースⅣにおいてもケースⅢと同様に医療供給市場の計画的整備（計画行政）の内容が含まれている。またケースⅣ及びⅤのいずれのケースでも、ケースⅢと同様に民間病床規制は継続され、精緻化・細分化がさらに加わり継続されている。病床規制の継続の理由が業界保護と医療費抑制にあるからである。

2つのケースの政策過程（アクターとアクター間関係）では、ケースⅣの当初は厚生（労働）省と

日本医師会との間で長期的なスパンで医療体系を作成していくという共通認識があったが、施設類型化・機能分化を進めるための厚労省原案の提示に対して、日本医師会は官僚統制を警戒ししだいに医系技官と距離をとるようになる。日本医師会と医系技官の共同体に綻びが現れてくる。ケースVにおいて、日本医師会と医系技官の共同体が完全に崩壊したのは、厚生（労働）省の医療適正化計画に関わって同省が医療関係者に事前に相談なく介護療養病床の廃止を突如として打ち出した時である。保険官僚と医系技官が連携した介護療養病床の廃止案に対して日本医師会と病院団体が一致して反対したが、自民党厚労部会における激論を同部会幹部が押し切って決定過程に持ち込み、2006年第5次医療法改正が成立した。病床のほとんどが療養病床である民間中小医療機関が加盟する日本医師会は、厚生（労働）省が唐突に決めた介護療養病床の廃止を絶対に容認できなかった。

この時期、厚生（労働）省は小泉内閣の下での経済財政諮問会議や財務省の医療費総枠管理に対抗して厚生（労働）省一丸となって医療適正化計画を推進しようとしており、これに対し医療関係団体は一致して反対していた。また厚生（労働）省は、日本医師会が医療業界を代表するという正当性が揺らいできていること、病院の位置づけが重要となり病院団体の意見を収集する必要があること、を認識していた。

最後の本論文の課題では、地域医療計画が医療供給政策の一部に過ぎないため、医療供給政策全体を俯瞰するには、さらなるケースの積み重ねが必要であると、述べている。

## 論文審査結果の要旨

### 1. 審査経過

中島氏から2017年3月22日付で、日本福祉大学学位規則第5条第2項に規定する博士(福祉経営)学位申請がなされた。同年4月13日の第1回大学院福祉社会開発研究科福祉経営専攻会議（以下、福祉経営専攻会議）において、「日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科課程を経ない者への博士学位授与に関する内規」（以下、内規）第7条第1項に基づき、当該申請の受理の可否に関する審査委員会が設置された。同年5月18日の第2回福祉経営専攻会議において、当該申請の受理を可とする審査委員会の結論が承認された。

併せて内規第9条に基づき、学位申請に関わる本論文の審査について、主査を新谷司、副査を足立浩、橋口徹、二木立及び学外審査委員1名の5名で構成する審査委員会の設置が承認された。同年6月15日の第2回福祉経営専攻会議において、学外審査委員を後房雄名古屋大学教授とすることが承認された。審査においては、同年7月21日に当該論文等の評価について第1回審査委員会を開催した。内規第8条に基づき、同年7月25日に最終試験（外国語試験および学力審査を含む口頭試験）を実施し、同試験後試験結果について第2回審査委員会を開催した。同年8月9日に審査報告書原案について第3回審査委員会を開催した。

### 2. 論文の評価

本論文で高く評価すべき主な点は、以下の4点である。

第1は、戦後の1950年代から2010年代までの約60年の間に出現した地域医療計画とその先行形態を5つのケースに分類し、それらの地域医療計画の政策内容及びその変容と同政策の政策過程及びその変容について、詳細かつ実証的に分析・記述した通史である点である。政策過程の歴史的分析では、「社会保険旬報」、「日本医師会雑誌」等の専門誌の記事等を詳細に分析して、「根拠に基づく」実証的研究となっている。現在では、ほとんど忘れられている重要な歴史的事実（例えば、1972

年の幻の医療基本法案には、野党勢力の医療社会化構想への対抗という面があったこと)を再評価・「発掘」している。

第2は、医療政策または地域医療計画に関する従来の先行研究とは異なる独自の研究方法が、挑戦的かつ堅固である点である。先行研究とは異なり、医療保険政策と医療供給政策を区別して、医療供給政策の観点から地域医療計画を検討している。産業政策という視点を加えた、4つの政策類型(産業保護政策・産業構造政策・計画行政・医療費抑制政策)から地域医療計画の政策内容を検討している。政策案の形成過程及び決定過程に、政策の実施過程、政策環境、アクターとアクター間関係を加えた政策過程の分析方法によって、地域医療計画の政策過程を検討している。

第3は、地域医療計画の政策過程におけるアクターとアクター間関係に焦点をあてた初めての研究、または厚生(労働)省の医系技官と日本医師会の政策共同体(専門職政策コミュニティ)に焦点をあてた初めての研究である点である。厚生(労働)省の医系技官と日本医師会の政策共同体を専門職政策コミュニティと表現し、同共同体の形成・動揺・崩壊の歴史を描いている点は著者独自の大きな貢献である。著者の見解では、1972年の幻の医療基本法案で医系技官と医師会の政策共同体が形成され、同共同体が1985年第1次医療法改正による地域医療計画の策定過程では主役の座を独占したが、2000年第4次医療法改正による医療施設類型化・病床機能分化の段階になると医系技官と日本医師会の距離が離れ同共同体に綻びが見られるようになり、2006年第5次医療法改正の成立により、同共同体は完全に崩壊した。

第4は、論文全体の構成または記述順序が論理的で安定している点である。地域医療計画を分析するための5つのケースの記述は、上記の挑戦的かつ堅固な分析方法と広範で大量の文献・資料の渉猟に基づいており、いずれも統一的な構成または記述順序に従っている。5つのケースは、政策過程の分析と政策内容の過程分析を行うために、政策環境、政策内容、狭義の政策過程(政策案の形成過程及び決定過程、政策の実施過程)、アクターとアクター間関係、という順序で記述される。そしてこの5つのケースの比較研究は、最終的に政策環境の変容、政策類型の変容、狭義の政策過程の変容、アクターの変容及びアクター間関係の変容、という形で総括される。

一方本論文には、いくつかの弱点または難点があり、その主な点は以下の4点である。

第1に、広範で大量の文献・資料の渉猟に基づく分析であるが、歴史研究で重視される一次資料を利用せず、医療政策の先行研究を十分に検討していない点である。政策過程の分析等では、主に専門雑誌の報道を用いているが、一次資料と言える国会会議録や中医協等の各種審議会・委員会の議事録等を利用していない。先行研究の検討が政治学分野に偏り、医療政策の先行研究の検討が不十分である。

第2に、政策過程の分析範囲に政策の実施過程を加えたことが研究方法上の特徴であるが、地域医療計画の実施過程における都道府県のアクターの役割の分析が貧弱である点である。名古屋市または愛知県という一部の都道府県におけるアクターの役割の分析は一定行われているが、その他の都道府県のアクターの役割の分析はほとんど行われていない。

第3に、政策過程における厚生(労働)省の医系技官と日本医師会の政策共同体(専門職政策コミュニティ)の形成・動揺・崩壊という物語は、本論文の独自の発見であるが、その物語の前提となる医系技官の役割の拡大について、異なる証言も少なからずあるという点である。著者は、ケースⅢの時期(1985年第一次医療法改正の時期)、またはそれ以前のケースⅡの時期から日本医師会と政策共同体を形成する医系技官の役割が拡大していくという見解を採っているが、その時期から医系技官の役割が拡大した事実はないという当事者たちの証言がある(『医療と社会』2017,26-4,p.387)。

第4に、重複する記述、不統一の表記、不明確な表記、根拠が省略されている表記等の問題がある点である。先行研究を整理した記述部分、医療政策の形成過程と実施過程の記述部分等には、重複する記述がある。同一の英単語について、和訳した表記と英語読みした場合のカタカナ表記が混在している（例えば、アリーナと競技場、アジェンダと政策課題、パワーと権力）。同一の項目の非省略語と省略語が混在している（例えば、日本医師会と医師会と日医、病院管理研究所と病管研）。診療報酬の改定率に関する表記において、診療報酬本体の改定率、薬価の改定率、双方を合わせた全体の改定率、いずれであるのか不明確な表記があり、改定という表記と改定率という表記も混在している。特定の年度を基準にした診療報酬、消費者物価、賃金の割合の表記において、その根拠が省略されている。

以上の弱点または難点が認められるが、それは本論文の今後の課題に相当するものであり、上記の高く評価すべき点をなんら損なうものではない。

### 3. 最終試験の結果

内規第8条に基づき、2017年7月25日に外国語試験及び論文に関する口頭試問を実施した。口頭試問において、申請者は、政策過程の分析に一次資料が利用されていない点、同分析では都道府県のアクターの役割の分析が貧弱である点、医系技官と日本医師会の政策共同体（専門職政策コミュニティ）の形成・動揺・崩壊という物語の前提となる医系技官の役割の拡大について異なる証言がある点、医療供給政策に関する先行研究がほとんどないと著者が述べている点、医療政策に関する歴史の理解において著者の理解と異なる理解（例えば、医系技官と日本医師会の対立が修復されたという理解、保険官僚と医系技官、または医政局と保険局の関係が対立関係と単純にはいえないという理解）がありうる点、政策企業家という用語がどのような意味を持つ用語なのかという点、1985年の地域医療計画以前の医療供給政策はどのような性格の政策なのかという点、等の質問に対する応答を行った。全ての質問に対して丁寧にかつ適切に応答され、残された課題があることも率直に認められた。外国語試験では、本論文の英文サマリーや口頭試問に先立つ英語試験の結果に基づいて、基本的な学力が備えられていることを確認した。

### 4. 結論

以上から、申請者は博士（福祉経営）の学位を授与されるにふさわしいと判断し、試験に合格と判定する。

以上